



\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_  
pieczętka Oferenta

## **FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie gastroenterologii na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w szczególności w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii, zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”.**

**Znak: KOSZ/24/2026**

### **I. DANE OFERENTA**

1. Imię i nazwisko Oferenta - \_\_\_\_\_
2. Adres zameldowania - \_\_\_\_\_
3. Adres do korespondencji - \_\_\_\_\_
4. Pełna nazwa firmy (zgodnie z CEIDG) - \_\_\_\_\_
5. Adres wykonywania działalności gospodarczej - \_\_\_\_\_
6. PESEL \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_
7. tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
8. Posiadane uprawnienia:  
Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów \_\_\_\_\_  
Nr prawa wykonywania zawodu \_\_\_\_\_  
Specjalizacja: \_\_\_\_\_

### **II. PRZEDMIOT OFERTY**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza z gastroenterologii na rzecz pacjentów SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w szczególności w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do SWKO.

### **III. WARTOŚĆ OFERTY**

Oferuję cenę:

- ..... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chorób Płuc oraz Klinicznym Oddziale Pediatrii;

### **IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY**

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym Załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszane.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Udzielającego Zamówienia standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (nazwę/firmę lub imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku

**Załącznik nr 1 do SWKO**

z wykonywaniem umowy przed zawarciem umowy. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Udziałającemu Zamówienia najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.

8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych wg harmonogramu uzgodnionego z Udziałającym Zamówienia.

**V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „X”)	
		TAK	NIE
1.	Aktualny wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
2.	Aktualny wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
3.	Kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza		
4.	Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza		
5.	Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje		
6.	Aktualna polisa OC		
7.	Dokument potwierdzający co najmniej 3 letnie doświadczenie kliniczne		
8.	Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych wystawione przez lekarza medycyny pracy,		
9.	Aktualne zaświadczenia o szkoleniu w zakresie BHP,		
10.	Aktualne zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (nie starszy niż 3 miesiące),		
11.	Oświadczenie Oferenta o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat poza RP oraz o posiadanym obywatelstwie (załącznika nr 4 do SWKO),		
12.	Oświadczenie oferenta o zgodności kopii dokumentów z posiadanymi oryginałami,		
13.	CV,		
14.	Inne – wymienić jakie ..... .....		

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Oferenta

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić